



Il sottoscritto

Nome _____ Cognome _____

Nato il _____ a _____

Consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità:

- di non aver avuto contatti stretti con casi sospetti e/o accertati di COVID-19
- di non avere presentato febbre $>37,5^{\circ}$ negli ultimi 14 giorni
- di non aver manifestato uno dei seguenti sintomi negli ultimi 14 giorni:
 - a) tosse secca
 - b) mal di gola
 - c) respiro corto
 - d) nausea/vomito/diarrea
 - e) congestione nasale
 - f) ageusia (perdita del gusto) o anosmia (perdita dell'olfatto)
- di non essere un caso accertato di COVID-19

ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. L.gs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata.

Letto, confermato e sottoscritto

_____, Li _____

Firma del dichiarante (o di un genitore nel caso di minorenni)

per esteso e leggibile